



MEDICINA

COMPLEMENTARIA

ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA



ASMA

El asma es un síndrome que se caracteriza por la obstrucción de las vías respiratorias la cual varía de manera espontánea como cuando se administra un fármaco los asmáticos se observa un tipo especial de inflamación de las vías respiratorias que lo hace más sensible a diversos elementos desencadenantes que ocasionan una estenosis excesiva como la disminución a consecuencia del flujo de aire con ello la aparición de sibilancia y disnea sintomáticas el estrechamiento de las vías respiratorias por lo regular es reversible en algunas personas con asma crónica la obstrucción es irreversible, cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación que condicionan en parte por factores genéticos y que cursan con hiperrespuesta hiperreactividad bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo , total o parcialmente reversible ya sea por acción de los fármacos o espontánea en los individuos susceptibles esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancia , disnea, opresión torácica y tos la reversibilidad implica el aumento de FEV un 12% o más de su línea basal tras aplicar un b- adrenérgico selectivo de acción corta .

PREVALENCIA

La prevalencia global cada vez mayor del asma la gran preocupación para los pacientes y los altos costos de atención de la salud han impulsado la realización de investigaciones extensas sobre sus mecanismos fisiopatológicos y su tratamiento La prevalencia global del asma varía entre el 1% y el 11,9% según países en España los estudios en adultos arrojan una prevalencia entre 1% y 4.7% la mitad de los casos se diagnostican antes de los 10 años en edad infantil es más frecuente en varones se iguala en ambos sexos en la pubertad y predomina en mujeres en edad adulta.

CLASIFICACION:

El asma es muy variable de unas personas a otras existen distintas clasificaciones , fundamentalmente en función de la gravedad y del grado de control para determinar la gravedad del asma se tiene en cuenta la intensidad y la frecuencia con que se presentan los síntomas , la existencia de periodos de empeoramiento y la función pulmonar , cuando los síntomas se alteran con periodos prolongados libres de enfermedades se dice que es intermitente y cuando no existen dichos periodos el asma se denomina persistente esta a su vez se subdivide en leve, ,moderada o grave el nivel de gravedad no es siempre el mismo puede variar a lo largo del tiempo por lo que es necesario evaluar periódicamente y reajustar el tratamiento, el control del asma refleja la adecuación del tratamiento el grado de control se valora en función de que haya o no crisis que se pueda hacer vida normal y que la función pulmonar se conserve dependiendo de estos criterios , hablamos de asma bien controlada , parcialmente controlada o mal controlada:

EPISODIOS OCASIONAL: episodios de pocas horas o días de duración < de una vez cada 10- 12 semanas, máximo 4 – 5 crisis al año, asintomático en la intercrisis con buena tolerancia al ejercicio.

EPISODICA FRECUENTE: episodios < de una vez cada 5 – 6 semanas máximo 6 -8 crisis / año, sibilancia a esfuerzos intensos, intercrisis asintomáticos.

PERSISTENTE MODERADA: episódicos > de una vez cada 4 – 5 semanas, síntomas leves en las intercrisis, sibilancia a esfuerzos moderados, síntomas nocturnos < 2 veces por semana, necesidad de b2 agonista < 3 veces por semana.

PERSISTENTE GRAVE: episodios frecuentes, síntomas en las intercrisis, requerimientos de b2- agonista > 3 veces por semana, síntomas nocturnos > 2 veces por semana, sibilancia a esfuerzos mínimos.

Clasificación de la gravedad de asma antes de iniciar tratamiento (GINA)	
Leve intermitente	
Síntomas: menos que una vez a la semana Exacerbaciones: leves Síntomas nocturnos: ≤ 2 veces al mes FEV1 o FEM $\geq 80\%$ teórico Variabilidad del FEV1 o FEM $< 20\%$	
Leve persistente	
Síntomas: al menos una vez por semana pero no diariamente Exacerbaciones: pueden limitar la actividad y afectar al sueño Síntomas nocturnos: > 2 veces al mes FEV1 o FEM $\geq 80\%$ teórico Variabilidad del FEV1 o FEM 20%-30%	
Moderada persistente	
Síntomas diarios Exacerbaciones: pueden limitar la actividad y afectar al sueño Síntomas nocturnos: más de una vez por semana FEV1 o FEM: 60-80% teórico Variabilidad del FEV1 o FEM: $> 30\%$	
Grave persistente	
Síntomas: continuos Exacerbaciones frecuentes Síntomas nocturnos frecuentes FEV1 o FEM $\leq 60\%$ teórico Variabilidad del FEV1 o FEM: $> 30\%$	

ETIOLOGIA

El aire frío y la hiperventilación pueden desencadenar asma por los mismos mecanismo que interviene en el ejercicio la risa puede ser un elemento desencadenante muchos pacientes señalan qu su asma se agrava e clima cálido y cuando cambian las condiciones climáticas algunos asmáticos empeoran al entrar en contacto con perfumes muy intensos pero no hay certeza del mecanismo de tal respuesta , las reacciones alérgicas a alimentos incrementen los síntomas asmáticos a pesar de que muchos pacientes creen que sus molestias son inducidas por componentes particulares de algunos alimentos , etc.

DIAGNOSTICO

Se basa en la clínica en donde parte de la sospecha es con la demostración de la obstrucción reversible del flujo aéreo, hiperreactividad bronquial o variabilidad de la función pulmonar:

FUNCION PULMONAR: sirve para confirmar el diagnóstico así establecer la gravedad y monitorizar la respuesta al tratamiento la **ESPIROMETRIA:** es la prueba de elección los valores de referencia deben adecuarse a la edad , sexo y etnia / raza de cada paciente la **OBSTRUCCION :** se define como un cociente FEV FVC menor de 0.7 el hallazgo de una **ESPIROMETRIA OBSTRUCTIVA** obliga siempre a la realización de una prueba broncodilatadora , se considera que existe una respuesta positiva cuando hay un aumento de FEV mayor o igual al 12% a condición que el valor supere los 200 ml respecto al valor basal su negatividad no descarta el diagnóstico la espirómetro es normal se debe investigar la presencia de variabilidad de la función pulmonar o de hiperreactividad bronquial.

VARIABILIDAD: o **FLUCTUACION** excesiva de la función pulmonar a lo largo del tiempo resulta esencial para el diagnóstico y control del asma se emplean mediciones seriadas del pico de flujo espiratorio (peak flow, PEF, FEM)la medida más usada es la amplitud entre el PEF máximo y el mínimo del días.

Variabilidad > 20% en 3> días de 1 semana en un registro de 2 semanas

La obstrucción en el asma además de reversible, variable como se manifiesta con la medición del pico de flujo espiratorio.

GASOMETRIA ARTERIAL: en el asma crónica estable es típicamente normal durante una agudización suele haber hipocapnia debida a la hiperventilación e hipoxemia generalmente hay alcalosis respiratoria cuando hay una crisis es grave la $Paco_2$ aumenta indicando fatiga de los músculos respiratorio que en ocasiones lleva asociado a un componente de acidosis láctica (acidosis mixta).

SENSIBILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS: es medir la AHR con un estímulo de meta colina o histamina calculando la concentración estimulante que reduce 20% de FEV (PC) este método rara vez es útil en la práctica clínica se puede utilizarse en el diagnóstico diferencial de la tos crónica y cuando hay duda en el diagnóstico de los casos con prueba de la función pulmonar normales algunas veces se realizan pruebas ergométrías o de esfuerzo para demostrar la broncoconstricción después de ejercicio si existe antecedentes predominantes de EIA.

ESTUDIO HEMATOLOGICAS: la radiografía de tórax suele ser normal en los individuos más graves puede mostrar hiperinsuflacion pulmonar durante las exacerbaciones se observan manifestaciones de neumotórax las sombras pulmonares suelen denotar neumonía o infiltrados eosinofilos en los pacientes con aspergilosis broncopulmonar, tomografía computarizada CT , computen tomography de alta resolución exhibe áreas de bronquiectasia en las personas con asma grave y puede haber engrosamiento de las paredes bronquiales.

PRUEBAS CUTANEAS: las pruebas de punción para identificar a los alérgenos inhalados comunes ácaros domésticos de polvo, pelo de gato, polen de gramíneas arrojan resultados positivos en el asma alérgica y negativos en el asma intrínseca no ayudan a establecer el diagnostico las respuestas cutáneas positivas ayudan a persuadir a la persona para que inicie las medidas necesarias para evitar los alérgenos.

RADIOGRAFIA DE TORAX: el hallazgo más frecuente es la radiografía de tórax normal, tanto en la fase estable como en las crisis si la crisis es grave puede observarse hiperinsuflacion torácica esta prueba sirva para excluir otras enfermedades y descubrir complicaciones de la agudización asmática como neumotórax, neumonediastino o atelectasia por impactacion de tapones mucosos.

TRATAMIENTO

Existen dos grupos de fármacos que se emplean en el tratamiento del asma:

FARMACOS DE RESCATE O ALIVIADORES: se utilizan a demanda para tratar o prevenir la bronco constricción de forma rápida se utilizan en agudizaciones incluyen b adrenérgicos selectivos de acción corta, corticoides sistémicos, anticolinérgicos inhalados y teofilinas de acción corta.

FARMACOS CONTROLADORES DE LA ENFERMEDAD: deben usarse de forma regular durante periodos prolongados mantienen controlado el asma, incluyen corticoides inhalados y sistémicos, cromomas, teofilinas de liberación retardada, b adrenérgicos selectivos de acción prolongada, fármacos anti- ige y antagonistas de los leucotrienos.

CORTICOIDES:

Los corticoides inhalados son los fármacos antiinflamatorios más eficaces de lo que se dispone por lo que son medicamentos controladores de elección en todo los escalones de tratamiento del asma el asma intermitente que solo requiere b agonistas de rescate reducen los síntomas, las exacerbaciones y la hiperreactividad bronquial los esteroides suprimen la inflamación pero no curan la enfermedad subyacente.

TEOFILINAS:

Son fármacos broncodilatadores con modesta acción antiinflamatoria se dispone de escasa evidencia acerca de su empleo como controladores de la enfermedad cuya eficacia es modesta se pueden emplear para mejorar el control en pacientes que requieren altas dosis de corticoides inhalados.

B ADRENERGICOS DE ACCION PROLONGADA

Se deben emplear en monoterapia ya que de esta forma pueden empeorar el control del asma a largo plazo son muy eficaces asociados a corticoides inhalados de manera que existen combinaciones fijas de ambos fármacos su efectos se mantiene unas 12 horas, pero el formoterol a diferencia del salmeterol posee un rápido inicio de acción lo que permite usarlo como medicación de rescate se utilizan a partir del 3 escalón.

B ADRENERGICOS DE ACCION PROLONGADA

Nunca se deben emplear en monoterapia ya que de esta forma pueden empeorar el control del asma a largo plazo son muy eficaces asociados a corticoides inhalados de manera que existen combinaciones fijas de ambos fármacos su efecto se mantienen unas 12 horas, pero el formoterol a diferencia del salmeterol posee un rápido inicio de acción lo que permite usarlo como medicación de rescate.

Bibliografía

castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). *neomologia y cirugia toracica*. cto.

j., j. l. (2018). *medicina interna*. mcgraw-hill.